

Delta Dental of Oregon & Alaska

Por favor llene todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o se solicita más información, es posible que su fecha de vigencia se retrase. Las solicitudes sin derecho de participación o incompletas serán devueltas. Debemos recibir su aplicación llena antes de la fecha de vigencia solicitada.

Sección 1 ▶ Derecho de participación y residencia

Para tener derecho de participación para solicitar uno de nuestros planes dentales individuales de Oregon, usted debe ser residente de Oregon y residir en nuestra área de servicio durante seis meses del año. Si se determina que usted no califica para CareAssist, es posible que pueda inscribirse en un plan individual de Delta Dental si tiene derecho de participación para una inscripción especial. Se le solicitará documentación que demuestre su derecho de participación para una inscripción especial basada en ciertos eventos de la vida que haya vivido.

Sección 2 ▶ Selección del plan

Delta Dental PPO \$0 deducibles

Sección 3 ▶ Tipo de solicitud

Nueva política dental ya que cumple con los requisitos de CareAssist

Sección 4 ▶ Miembro información

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Etnia <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		Idioma de preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique)	
Dirección de su residencia	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono principal	Teléfono secundario	

Sección 5 ▶ Otros seguros

¿Contará con otro seguro dental? Sí No

Sección 6 ▶ Crédito para subsidio directo período de exclusión (para nueva cobertura dental)

Para suscriptores de 19 años o más:

¿Ha tenido usted 12 meses continuos de cobertura dental previa, con no más de 90 días de interrupción en la cobertura, desde el final de la póliza antigua hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la nueva póliza?

No Sí. Si la respuesta es sí, por favor proporcione una carta de su empresa de transporte o empleador anterior que documente las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior. Esta documentación de cobertura previa es necesaria para que el crédito se aplique durante el período de exclusión de subsidios. Además, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la persona inscrita en el plan dental anterior		
Nombre del transportista	Número de identificación del transportista	Número de teléfono del transportista
En vigencia (dd/mm/aaaa)	Denominado (dd/mm/aaaa)	

Sección 7 ▶ Condiciones básicas de inscripción

- > Entiendo y acepto que esta solicitud no es una oferta de cobertura y que la misma no empieza hasta que Delta Dental reciba y revise la presente solicitud y se le asigne una fecha para que entre en vigencia la cobertura.
- > Entiendo y acepto que esta solicitud se convierte en parte de mi plan.
- > Entiendo que no hay subsidios disponibles bajo este plan para servicios o suministros que se recibieron antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
- > Entiendo que la persona que aparece en esta solicitud debe ser residente del estado de Oregon para solicitar y mantener la cobertura de este plan.
- > "Residente" significa una persona que vive en el estado de Oregon y tiene la intención de vivir en el estado permanente o indefinidamente. Delta Dental puede solicitar una prueba de residencia ocasionalmente. Dicha prueba incluirá, pero no se limitará a, la dirección postal de la residencia de la persona y no un apartado postal.
- > Entiendo que puedo recibir subsidios que son menores a la cantidad facturada por mi proveedor cuando el tratamiento no se recibe de un proveedor participante.
- > Tengo el derecho de revisar y devolver la póliza dentro de los 10 días de haberla recibido.
- > Los cambios potenciales debidos a mandatos estatales o federales, vigentes en enero, pueden alterar los subsidios o las tarifas de mi plan actual.
- > Sin importar la fecha de mi inscripción, la tarifa de mi plan se renovará el 1 de enero.
- > He leído la política de privacidad de Moda que está disponible en modahealth.com.

Sección 8 ▶ ¡Sin papeles!

Usted puede verificar la explicación de sus subsidios (EOBs, por sus siglas en inglés) en línea, ingresando a myModa. Una vez aprobada su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro de Moda. Con este número de identificación, simplemente abra una cuenta de myModa visitando modahealth.com y decida recibir EOBs electrónicos.

Sección 9 ▶ Certificación de finalización y corrección

Asegúrese de firmar y colocar la fecha en la solicitud dentro de esta sección.

Declaro que las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Proporcioné estas respuestas como parte del proceso de solicitud de Delta Dental para inscribirse en su cobertura de seguro. Entiendo que, si esta solicitud contiene alguna distorsión intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, rescindir el contrato o tomar otra acción legal. Informaré de inmediato a Delta Dental por escrito si ocurre algo antes de que mi cobertura entre en vigor como consecuencia de que esta solicitud esté incompleta o sea incorrecta. Entiendo y acepto que ninguna cobertura entrará en vigor hasta que sea aprobada por Delta Dental. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigor a partir de la fecha de entrada en vigencia determinada por Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para aclarar las respuestas sobre esta solicitud. Como miembro, entiendo que tengo el derecho de revisar la información en mi archivo.

Confirmando que he leído y estoy de acuerdo con los términos de esta solicitud.

Escriba en letra de molde el nombre de la parte responsable ¹ si es la política de menores	Relación ²
Firma del miembro (o del padre o tutor legal si el miembro es menor de 18 años)	Fecha de la firma
X	

- 1 *Parte responsable: Si usted es un adulto no cubierto por este plan y 1) tiene la responsabilidad económica y/o 2) actúa como el guardián principal del miembro cubierto por este plan, entonces usted es la parte responsable.*
- 2 *Si no es uno de los progenitores, por favor, adjunte documentación legal, si es el tutor legal o el titular de una carta poder.*

¿Listo para enviarlo? Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico a Delta Dental.
Correo: Delta Dental/Moda, Billing and Eligibility, 601 SW Second Ave, Portland, OR 97204-3156
Fax: 503- 219-3696 **Correo electrónico:** [escanear y enviar a individualapp@modahealth.com](mailto:individualapp@modahealth.com).

¿Es usted miembro nuevo en Delta Dental de Oregon? Visite modahealth.com e ingrese a myModa para revisar su manual de miembro y su factura. Una vez que se inscriba en myModa y no utilice papel (ver Sección 8), recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con nosotros en el 855-718-1767.

modahealth.com

Moda no discrimina

Moda, Inc. sigue las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género, sexo u orientación sexual.

Proporcionamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros. Estos incluyen intérpretes de lenguaje de señas y otras formas de comunicación.

Si su primer idioma no es el inglés, le proporcionaremos servicios de interpretación y/o materiales gratuitos en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, llame a:

888-217-2363 (TDD/TTY 711)

Si usted considera que no ofrecemos estos servicios o si discriminamos, puede presentar una queja por escrito. Por favor, envíela por correo o fax a:

Moda, Inc.
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

Dave Nessler-Cass coordina nuestro trabajo contra la discriminación:

Dave Nessler-Cass,
Jefe oficial de cumplimiento
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

Si necesita ayuda para llenar una queja, favor de llamar a Atención al Cliente.

También puede presentar una queja por derechos civiles en la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU. en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229 (聾啞人專用: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجاناً. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, nou ofri sèvis gratis pou ede w nan lang ou pale a. Rele nan 1-877-605-3229 (moun ki itilize sistèm TTY rele : 711)

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)

ATENÇÃO: Caso fale português, estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística. Telefone para 1-877-605-3229 (TERMINAL: 711)

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamare il numero 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意: 日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229 (TTY、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با 1-877-605-3229 (TTY: 711) تماس بگیرید.

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.